

新竹馬偕紀念醫院代訓人員申請表

類別：醫師 醫技 () 護理 其他：

No: _____

姓名(中文)	姓名(英文)	身份證字號	出生	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚	二吋照片黏貼
籍貫	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
通訊處	聯絡電話	室話:		手機:		
學業學校、科系		畢業證書字號	畢業年度			
服務機關	科別	職級	服務起迄時間			
		年 月 日至 年 月 日				
醫、護(技術)人員專業證書 字第 _____ 號						
申請代訓科別	申請代訓期間		自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止，計 _____ 年 _____ 個月。			
申請推薦理由	申請機構/單位負責人： (簽章)					
以下由訓練醫院填寫						
審核	院長	副院長	教研部主任	部室科主任	單位主管	是否需代訓費： <input type="checkbox"/> 是 _____ 元 <input type="checkbox"/> 否
						承辦：
會簽	總務課 <input type="checkbox"/> 手機 經辦：_____ <input type="checkbox"/> 宿舍 經辦：_____		人力資源課 <input type="checkbox"/> 代訓識別證 經辦：_____ <input type="checkbox"/> 其它 經辦：_____		檢附資料	1. 畢業證書影本一份 2. 專業證書影本一份 3. 服務證明正本一份 4. 切結書 5. 照片二張 6. 健康聲明書
						※是否需結訓證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
離退手續	A、所有人員須至下列單位簽辦：				B、醫師人員須至下列單位加簽	
	訓練單位主管	歸還借書 (圖書館)	收回識別證 (人力資源課)	歸還宿舍鑰匙 (庶務組)	完成病歷 (病歷組)	歸還手機 (教研部)

※以上如無需求單位，請承辦單位劃除並蓋章。